

Departamento de Servicios para Niños y Familias de Illinois
AUTORIZACIÓN PARA VERIFICACIÓN DE ANTECEDENTES

Para Parientes de Ceianza Sin Licencia

LEA LAS INSTRUCCIONES AL DORSO Y COMPLETE LA INFORMACIÓN EN LETRA IMPRENTA

1	<input type="checkbox"/> AGENCIA PRIVADA o <input type="checkbox"/> DCFS	Número del Proveedor _____ # del Caso _____ Número del Proveedor _____ Oficina Interestatal (ICPC) _____
----------	--	---

INFORMACIÓN PERSONAL

2	Apellido/nombre/Inicial del segundo nombre _____	Número de seguro social o ITIN _____ - _____ - _____										
	Nombres de soltera y/o cualquier otro nombre utilizado anteriormente (Apellido/Primer nombre/Inicial del segundo nombre) _____ _____	Soy o seré miembro de la familia de crianza temporal. <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Transporte o transportaré niños de crianza temporal. <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Si ambas respuestas son "Si", proporcione acá el número de su licencia de manejo. _____ - _____ - _____										
	DIRECCIÓN PRESENTE: Calle/Apto.#: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ C.P.: _____ Condado: _____ Teléfono (Incluyendo código de área) (_____) _____ - _____	¿Vivió fuera de Illinois durante los últimos 5 años? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Proporcione todas sus previas direcciones de los últimos 5 años. Fechas (Calle/Apto.#/Ciudad/Condado/Estado/CP) De/A _____ _____ _____										
	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:15%;">Fecha de nacimiento (Mes/Día/Año) ____ - ____ - ____</td> <td style="width:10%;">Edad</td> <td style="width:15%;">Lugar de nacimiento</td> <td style="width:15%;">Ciudadanía <input type="checkbox"/> USA <input type="checkbox"/> Other, Specify</td> <td style="width:5%;">Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F</td> <td style="width:5%;">Altura Ft. In.</td> <td style="width:5%;">Peso (lbs.)</td> <td style="width:5%;">Cabello (color)</td> <td style="width:5%;">Ojos (color)</td> <td style="width:5%;">Piel Tono</td> <td style="width:5%;">Raza</td> </tr> </table>	Fecha de nacimiento (Mes/Día/Año) ____ - ____ - ____	Edad	Lugar de nacimiento	Ciudadanía <input type="checkbox"/> USA <input type="checkbox"/> Other, Specify	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Altura Ft. In.	Peso (lbs.)	Cabello (color)	Ojos (color)	Piel Tono	Raza
Fecha de nacimiento (Mes/Día/Año) ____ - ____ - ____	Edad	Lugar de nacimiento	Ciudadanía <input type="checkbox"/> USA <input type="checkbox"/> Other, Specify	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Altura Ft. In.	Peso (lbs.)	Cabello (color)	Ojos (color)	Piel Tono	Raza		

AUTHORIZATION /CERTIFICATION

3	¿Alguna vez a sido indicado como perpetrador en una investigación de abuso o negligencia infantil? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No ¿Alguna vez fue condenado por algún delito criminal exceptuando una infracción de tránsito? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Yo certifico que he leído y comprendido el cuadro de Autorización / Certificación presentado al dorso de este formulario. FIRMA _____ FECHA _____
----------	---

4	RESULTADO DE ANTECEDENTES Resultado de ofensas sexuales: _____ Resultado del CANTS: _____ / En otro Estado: _____ H. Digitales de la policía del estado de Illinois: _____ H. Digitales del FBI: _____	PARA USO DE LA OFCINA CENTRAL DE LICENCIAMIENTO SID# _____
----------	---	--

PARE SER COMPLETADO POR EL TRABAJADOR	
Este formulario de autorización no será procesado si no se completa esta sección	
5	Fecha de la toma de huellas digitales: _____ Nombre completo del proveedor _____ ID# del trabajador _____ Phone Number of Caseworker (_____) _____ - _____ Dirección de la oficina del trabajador _____ Nombre y ID# del Supervisor _____

**INSTRUCCIONES PARA COMPLETAR EL FORMULARIO
CFS 718-RL/S – AUTORIZACIÓN PARA VERIFICACIÓN DE ANTECEDENTES**

QUIEN DEBE UTILIZAR ESTE FORMULARIO: Secciones 2 y 3 deben ser completadas por el pariente cuidador.

***No envíe este pedido a la Oficina Central de Licenciamiento para efectuarse una verificación del (CANTS)
Hasta que las huellas digitales de la persona se hayan tomado.***

SECCIÓN 1 – Por favor indique si el pariente aplicando para licencia de padres de crianza temporal serán supervisados por una agencia privada o estarán bajo la supervisión de DCFS.

SECCIONES 2 Y 3 - COMO COMPLETAR LA INFORMACIÓN DE IDENTIFICACIÓN

Toda la información personal de identificación debe ser exacta y estar completa.

COMPLETE EN LETRA IMPRENTA TODA LA INFORMACIÓN

Nombre Se deben incluir todos los nombres actuales y anteriores utilizados por el individuo. Si no tuvo otros nombres, escriba "ninguno".

N° de Seguro social o ITIN: **ESTE FORMULARIO NO SERÁ PROCESADO SIN UN NÚMERO DE SEGURO SOCIAL O NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN PERSONAL DEL CONTRIBUYENTE (ITIN)**

Dirección Dirección presente y todas las direcciones, incluyendo condado, donde la persona haya vivido en los últimos cinco años (Si es fuera de Illinois, marque el casillero adecuado)

Raza: Marque todos los códigos relevantes

BL/AA	Afro-Americano	WHITE	Blanco
AI/AN	Nativo Americano o Alaska	ASIAN	Asiático
NH/PI	Hawaiano o de otra Isla del Pacífico	UNDET	No Determinado
HISP ORG	Marque si el individuo es de origen Hispano		

Cada persona debe responder la pregunta "¿Ha sido condenado alguna vez por de algún delito exceptuando una infracción de tránsito?" Si la respuesta es sí, debe proporcionar una explicación, completa con la fecha del/de los incidente(s).

La persona que complete la información de identificación debe firmar y fechar las páginas 1 y 2 del formulario de autorización.

AUTORIZACION / CERTIFICACIÓN

Yo autorizo al Departamento de Servicios para Niños y Familias a llevar a cabo una investigación para determinar si alguna vez se me ha acusado de un delito, y si así fuera, la sentencia de esas acusaciones. Autorizo al Departamento a solicitar información y ayuda del Departamento de Justicia de los EE.UU. y del Departamento de Ejecución de la Ley de Illinois mientras realiza esta investigación. Autorizo al Departamento a realizar búsquedas periódicas en el Sistema de Rastreo de Abuso y Negligencia de Niños para determinar si he sido un perpetrador de un incidente "indicado" de abuso o negligencia de menores según la Ley para Reportar Casos de Abuso y Negligencia de Niños. Si estoy solicitando una licencia para ser hogar de crianza temporal, yo autorizo al Departamento de Servicios para Niños y Familias que pueda obtener información de esas entidades a las cuales se solicitó para licencia o para supervisión de licencia, referente a infracciones de normas de licenciamiento o referente a niños sacados de mi hogar. Si yo soy o seré miembro del hogar de la familia de crianza temporal, y transportaré niños de crianza temporal, yo autorizo al Departamento a que conduzca periódicamente chequeos de mi licencia y de mis antecedentes de manejo con la oficina del Secretario del Estado. La verificación de antecedentes de abuso y negligencia de niños y la investigación de antecedentes penales puede utilizarse para estudiar una solicitud de licencia, una solicitud de un empleo actual o posible, o de servicios como voluntario en una instalación de atención a menores. Las personas comprendidas entre los 13 y los 16 años de edad que firman este formulario autorizan una investigación de CANTS y LEADS solamente y no están sujetos a la toma de huellas digitales.

Yo comprendo que la información obtenida como resultado de mi autorización para esta investigación es confidencial y puede ser compartida solamente con mi trabajador de colocación o con personal de licenciamiento según las leyes estatales y federales y las regulaciones del DCFS que se apliquen. Además certifico que la información proporcionada en este formulario es verdadera y correcta. Yo reconozco que la falsificación de cualquier información proporcionada arriba y/o los resultados de la verificación de antecedentes pueden ser motivo suficiente para negar mi solicitud de licenciamiento o puede dar como resultado la terminación de mi empleo.